

# Психологія в діяльності лікаря-клініциста

Федоренко О.Є.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

## ПСИХОЛОГИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА КЛИНИЦИСТА

Федоренко А. Е.

Рассмотрены основные вопросы психологии в клинической деятельности врача. Дана общая характеристика психосоматических подходов. Проанализированы факторы, определяющие степень проявлений и длительность психоэмоциональных отклонений. Рассмотрены уровни психологического отображения заболевания в психике пациента и основные типы психологического восприятия пациентом соматической патологии.

## PSYCHOLOGY IN CLINICAL PRACTICE

Fedorenko A. Ye.

The basic questions of psychology in clinical practice have been considered. The general description of psychosomatic approaches has been given. The factors determining the degree of manifestations and the duration of psychoemotional abnormalities have been analyzed. The levels of psychological mapping of a disease in patient's psyche and basic types of psychological perception of somatic pathology by a patient have been considered.

Професійна діяльність лікаря-клініциста пов'язана з щоденним використанням не тільки спеціальних клінічних знань та навичок, але й передбачає обов'язкове урахування психологічних особливостей реагування хворих на наявну у них ту чи іншу соматичну патологію.

Тож перед лікарем часто-густо стоять складні завдання, вирішення яких не обмежується тільки самими інструментальними чи терапевтичними або хірургічними лікувальними заходами. При обстеженні пацієнтів лікар має також в обов'язковому порядку брати до уваги особистість кожного з них, загальний стан здоров'я, умови і спосіб життя, потреби та можливості їхнього задоволення тощо.

**Загальна характеристика психосоматичних підходів.** Фактично будь-яка соматична хвороба позначається не тільки на біологічній структурі людини, але й обов'язково – на психологічній: змінюється характер, настрій, емоційне тло, волюва сфера такої особи.

Психосоматичні захворювання або психосоматика (від грецьк. *psyche* – душа, *soma* – тіло) – один з напрямів сучасної медичної психології, що вивчає вплив психологічних факторів на виникнення та подальший розвиток багатьох соматичних захворювань (бронхіальної астми, псоріазу, гіпертонічної хвороби, стенокардії, екземи, діабету). На наявність помітного впливу психологічного стану особистості на соматичну

патологію звернули увагу ще такі древні мислителі, як Аристотель, Гіппократ, Сократ, Епікур, Платон та ін. Особливої ж актуальності ця проблема набула в кінці ХХ сторіччя, що дало підставу деяким авторам, виходячи з їх наукових досліджень, стверджувати, що приблизно 70 % соматичних захворювань, відомих сьогодні, відносяться саме до категорії психосоматичних. У принципі, мабуть, допустимо сперечатись відносно відсотка психосоматичних захворювань, але цілком однозначно відомо, що захворювань, які мають психосоматичне походження, набагато більше тепер, ніж вважалось раніше.

Вперше в медичну термінологію це поняття у 1818 р. ввів німецький психіатр С. Хейнрот. Сьогодні існує кілька теорій, що пояснюють походження психосоматичних захворювань. Згідно з однією з них, психосоматичні захворювання є результатом стресу, зумовленого перенесеною такою особою психотравмою. Інша теорія пов'язує їх виникнення з внутрішнім психологічним конфліктом між однаковими за інтенсивністю, але різноспрямованими мотивами поведінки того чи іншого індивіда.

Збереглися відомості, що ще лікарі стародавньої Індії розглядали негативні емоції, як перші щаблі до початку будь-якої соматичної хвороби. Всесвітньо відоме індійське вчення «його» також базується на тісному взаємозв'язку мозку і тіла. Давньогрецькі вчені також розглядали лю-

дину, як єдине ціле. Узагальнюючі ці погляди, Гіппократ висловився таким чином:

– *Важливіше знати, **яка** людина хвора, ніж знати, на **що** хвора людина.*

Римський лікар Клавдій Гален, базуючись на власному багаторічному клінічному досвіді, також стверджував про існування залежності багатьох відомих йому патологій від стану нервів і мозку захворілої людини.

Наукове пояснення вже давно помічених багатьма клініцистами психосоматичних взаємозв'язків у першій половині XX сторіччя дав І. П. Павлов, який експериментально довів, що не можна відмежовувати психічне від соматичного, а треба завжди йти шляхом фізіологічного обґрунтування реакцій цілісного організму. Виходячи з цього, російський нейрофізіолог А. М. Анохін розробив біологічну теорію функціональних систем – концепцію організації процесів у цілісному людському організмі, який взаємодіє з зовнішнім середовищем. Ця теорія базується на уявленні про функцію як досягнення людським організмом пристосувального (корисного) результату у його постійній взаємодії з навколишнім середовищем. В основі такого активного взаємовідношення організму з середовищем знаходяться якісно специфічні системні процеси. У світлі цієї теорії будь-яка якісно окреслена емоція розглядається, як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями – спеціальна фізіологічна категорія динамічних інтегративних процесів, що об'єднує кору мозку і підкіркові утворення.

*Емоції*, як початкова ланка в загальному ланцюзі пристосувальних процесів людського організму, є специфічною формою цих реакцій, які, змінюючи одна одну, зрештою охоплюють увесь організм і дають йому змогу оперативно відповідати на той чи інший вплив навколишнього середовища або на імпульси від інтерорецепторів, виникаючі внаслідок появи соматичного захворювання або певного фізичного дискомфорту. Саме вони детермінують усю життєдіяльність нашого організму, демонструючи тим самим сомато-вегетативну його інтеграцію. При цьому поєднання емоційної (афективної) та вісцеро-вегетативної сфер є цілком очевидним та безперечним як у клінічному, так і в фізіологічному аспектах. Тобто – емоційні стани, як у нормі, так і при соматичних захворюваннях підпорядковані причинно-наслідковим зв'язкам, а їх перебіг відбувається у рамках

певних нейродинамічних співвідношень.

Розвиткові соматичної патології передують коливання у вісцеро-вегетативних зв'язках з проєкцією на центральну нервову систему («темні відчуття», за визначенням І. М. Сеченова), які виявляються у зміненому самопочутті, фізичному дискомфорті, почутті незрозумілого хвилювання, занепокоєності станом здоров'я близьких. Таким чином, реакція з боку психічної сфери і емоцій на початок власне соматичного захворювання є цілком достатньою інформативною ознакою, на яку, тим не менш, більшість людей не реагують, а погане самопочуття, що у них виникло, вони переважно пояснюють собі, як наслідок хронічної втоми, переохолодження, неякісного харчування, професійного перевантаження тощо. І лише трохи згодом – вже при появі клінічних ознак соматичного захворювання:

- може порушуватись сон (іноді з кошмарними сновидіннями);
- звужується коло інтересів;
- помітно виснажуються увага та пам'ять (головним чином, короткочасна й оперативна);
- знижується швидкість розумових операцій;
- спостерігається підвищена емоційна лабільність, плаксивість, вразливість, знижений фон загального настрою.

Ступінь вияву і тривалості психоемоційних відхилень залежить від таких факторів:

- гострого або повільного початку соматичного захворювання;
- локалізації патології, що виникла;
- характеру соматичної патології (захворювання серця, шкіри, судин, легень, шлунка);
- віку хворого;
- фізичного і психічного здоров'я напередодні захворювання ;
- особистості хворого (рівня інтелектуального розвитку, освіченості, загальної культури, вихованості, моральності, особливостей темпераменту і характеру);
- рівня елементарної медичної грамотності;
- своєчасності отримання кваліфікованої медичної допомоги;
- тривалості хвороби;
- стану реальних взаємовідносин у родині та на роботі;
- можливості отримати гарантований соціальний захист;
- можливих наслідків хвороби (повне одужання, зниження працездатності, інвалідність).

При хронічно-рецидивуючому перебігу переважної більшості дерматологічної патології цілком закономірним є поступовий розвиток чіткого астеничного симптомокомплексу, що передуює появі органічних змін у психічній діяльності особи. Він виявляється в порушенні пам'яті, коливаннях настрою, слабодухості, стомлюваності. Хворі стають вразливими, з'являється іпохондрична фіксація уваги на різних відчуттях. Ступінь вияву і тривалість такої астенії зумовлені характером та клінічним перебігом соматичного захворювання, психологічними властивостями конкретної особистості, достовірністю діагностики та ефективністю лікування на всіх його етапах. Треба також знати, що особистість із стійкими волевими якостями іноді стає нездатною до адекватно стійкого, правильного аналізу змін, що відбулися в її соматичній сфері, у фізичному благополуччі. У цих випадках астено-депресивні реакції виявляються стійкими, а нерідко – і не адекватними тяжкості ураження шкіри чи слизових оболонок у цілому. Такі хворі мають особливу потребу в постійних психотерапевтичних бесідах та моральній підтримці.

Таким чином, психосоматика вивчає залежність та взаємозв'язок стану внутрішніх органів від психічної діяльності та вплив психіки на діяльність внутрішніх органів. При соматичному захворюванні у кожної людини виникає нова для неї життєва ситуація, в якій вона змушена «будувати» своє ставлення як до нових обставин життя, так і до себе в цих обставинах (*внутрішню картину захворювання*).

Психологи виділяють чотири рівні психологічного відображення захворювання у психіці людини:

- 1 рівень – *чуттєвий*, рівень відчуттів;
- 2 рівень – *емоційний*, пов'язаний з різними видами реагування на прояви як окремих симптомів соматичного захворювання, так і на нього в цілому та його очікувані наслідки;
- 3 рівень – *інтелектуальний*, пов'язаний з уявою та знанням людини про своє захворювання, роздумами про його причини та можливі наслідки;
- 4 рівень – *мотиваційний*, пов'язаний з певним психологічним ставленням людини до свого захворювання, із зміною поведінки і способу її життя, активізацією діяльності щодо повернення і збереження здоров'я.

Сучасна психологія визнає існування кількох основних типів психологічного сприйняття лю-

диною наявності у неї будь-якого соматичного захворювання:

- сенситивний;
- іпохондричний;
- депресивний;
- дистимічний;
- фобічний;
- істероїдний;
- ейфорично-анозогнозичний.

Р. Конечний і М. Боухал пропонують дещо іншу класифікацію типів реакцій особистості на наявне у неї соматичне захворювання:

- *нормальна* (адекватно відповідає об'єктивному стану хворого);
  - *зневажлива* (недооцінка тяжкості та перспектив захворювання);
  - *така, що заперечує* (ігнорування самого факту захворювання та його наслідків);
  - *нозофобна* (хворий розуміє, що перебільшує тяжкість захворювання, але подолати це не може);
  - *іпохондрична* (психологічне заглиблення у власне соматичне захворювання);
  - *нозофільна* (хворий задоволений тим, що захворювання звільняє його від обов'язків);
  - *утилітарна* (бажання одержання матеріальної або моральної вигоди від захворювання).
- Лікар-клініцист має чітко усвідомлювати, що психологічна реакція особистості на захворювання залежить від цілої низки факторів:
- характеру соматичного захворювання, його розвитку і гостроти перебігу;
  - особливостей лікування;
  - ставлення до цього захворювання тих, хто оточує (родичів, друзів, знайомих);
  - уявлення хворого про своє захворювання;
  - преморбідного стану захворілого; інтелекту захворілого.

Більше того, деякі вчені вважають, що психосоматичні захворювання – це ті захворювання, причиною виникнення та подальшого розвитку яких є розум. У зв'язку з цим, виникла окрема наука *діанетика*, предметом вивчення якої стали психосоматичні захворювання та методи їх лікування. У цілому, це наука про потребу раціонального мислення в стані соматичної хвороби. Виходячи з цього, наука про «душевне здоров'я» зайняла особливе місце в підготовці медичних кадрів у більшості країн світу, бо було однозначно встановлено, що зміни психіки у хворій людини реєструються практично при всіх захворюваннях, починаючи з самих елементарних.